

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО
Заведующий кафедрой - д.м.н., доцент Березовская М.А.

Реферат

На тему: Патология суждений и умозаключений. Бред, бредовые идеи и синдромы.

Выполнила: ординатор 1 года обучения
специальности «Психиатрия» Трифонова В.В.
Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск, 2020

Оглавление

1. Введение.....	3
2. Теории возникновения бреда	3
3. Бред и бредовые идеи.....	4
4. Бредовые синдромы.....	6
5. Дифференциальная диагностика.....	8
6. Лечение.....	8
7. Заключение.....	9
8. Список литературы.....	10

1. Введение

Мышлением называется процесс опосредованного и обобщенного познания объективной реальности. Этот процесс в полной мере можно назвать высшим познавательным, поскольку именно мышление способствует порождению новых знаний, творчеству. С другой стороны, разнообразные нарушения мышления лежат в основе многочисленных психических расстройств. Патология мышления является важным вопросом для изучения, так как этот процесс затрагивает буквально всю жизнедеятельность, и при несостоятельности мышления индивид не способен существовать в социуме без внешней поддержки.

Актуальность данной темы так же состоит в том, что знать о бредовых идеях и синдромах необходимо, чтобы уметь их распознавать, классифицировать и своевременно оказывать помощь страдающим ими людям. Это чрезвычайно важно, так как пациенты с подобными нарушениями мышления зачастую представляют опасность для себя и для окружающих.

Виды патологий мышления бывают следующими: нарушения динамики, связности процессов мышления, патологии отдельных видов мыслительной деятельности и патология суждений и умозаключений (бредовые идеи). Список заболеваний, при которых последние могут присутствовать в клинических проявлениях, велик – от параноидной шизофрении и преходящих психозов до органических и интоксикационных поражений головного мозга.

2. Теории возникновения бреда

Патофизиологической основой механизмов бреда, согласно исследованиям И. П. Павлова и его школы, является образование инертного патологического очага возбуждения преимущественно во второй сигнальной системе (словесный бред) или в первой сигнальной системе (образный бред). Определенное значение имеют фазовые состояния и нарушения во взаимоотношении сигнальных систем. Имеются указания на связь возникновения бреда с патологией интерорецепции. К. М. Быков считал, что дезорганизованная информация из внутренней среды нарушает соотношение процессов возбуждения и торможения в экстероцептивных полях коры больших полушарий. По данным Л. А. Орбели, В. А. Гиляровского, патология функционирования интероцептивных систем имеет определенное значение в развитии ипохондрического бреда и бреда физического воздействия.

Возникновение бреда связано с так называемыми препсихотическими особенностями личности. Такие характерологические черты, как обидчивость, настороженность, замкнутость, ригидность, недоброжелательность нередко могут быть выявлены в преморбиде больных с персекуторным содержанием бредовых идей. Экспансивные формы бреда чаще наблюдаются у лиц активных, настойчивых, прямолинейных, склонных к переоценке своей личности. Сенситивный бред отношения чаще всего формируется у преморбидно ранимых, неуверенных, склонных к пониженной самооценке лиц. В возникновении психогенно обусловленных форм бреда помимо характерологических факторов, определенное значение имеют психотравмирующие обстоятельства, конфликты, ситуации психической изоляции, пребывание в чуждой среде, тюремное заключение.

3. Бред и бредовые идеи

Бредовые идеи - суждения и умозаключения, имеющие характер убежденности, возникающие на патологической основе и не поддающиеся коррекции (разубеждению) с отсутствием критического отношения к ним. Совокупность бредовых идей называется бредом (Снежневский, 1983). В определении бредовых идей наиболее существенными являются следующие четыре момента: ложное содержание идей, болезненная основа их возникновения, убежденность в их правильности, недоступность психологической коррекции.

Ложность содержания бредовой идеи, несоответствие с реальностью отличает ее от сверхценной идеи. Отклонение от действительности может быть очевидным, если утверждения больных абсурдны, находятся в грубом противоречии с фактами.

Бредовые идеи многообразны. Существуют классификации:

- 1) **по механизму формирования:** интерпретативный бред (первичный) и образный бред (вторичный).

При *интерпретативном* патологические идеи (суждения и умозаключения) возникают в результате нарушений логики на всех этапах бредообразования. Систематизированный бред толкования развивается медленно, исподволь и сопровождается общим изменением личности. Для него характерно нарушение преимущественно абстрактного познания. Бредовые суждения тщательно обосновываются больными, которые приводят последовательную цепь доказательств, имеющих субъективную логику. Факты, которые больные приводят в подтверждение своих бредовых идей, толкуются ими предвзято, односторонне. Эта форма бреда отличается стойкостью, характеризуется отсутствием выраженных галлюцинаторных расстройств и протекает на фоне относительно сохранного поведения больного. Хронически развивающийся бред толкования может входить в состав более сложных синдромов - галлюцинаторно-параноидных и парафренных. С развитием болезни он постепенно переходит в бредовые идеи, сопровождающиеся галлюцинациями, ложными восприятиями и явлениями психического автоматизма. К систематизированному бреду суждения присоединяется в этих случаях бред преследования и физического воздействия. В дальнейшем течении болезни могут наступить распад бредовой системы и появление признаков слабоумия в сочетании с идеями величия. Бред приобретает фантастический характер.

Образный бред же происходит из расстройств восприятия (патологических образов и представлений). Чувственный бред характеризуется нарушением абстрактного и чувственного познания. Бредовые идеи при этом несистематизированы, непоследовательны; преобладают фантазии, яркие представления. Явления окружающей жизни воспринимаются больным ложно, как бредовая данность. Больному все кажется угрожающим, преследующим его, имеющим к нему непосредственное отношение. Все происходящее вокруг он принимает на свой счет, всюду видит опасность. Оглянувшийся прохожий представляется больному сыщиком, в трамвае сидящий напротив пассажир с портфелем в руках - убийцей, везущим в портфеле оружие. Двигающиеся автомобили воспринимаются как угроза, как попытка раздавить больного. Свет светофоров издает какие-то знаки, указывающие на грозящую опасность, и т. д. Острый, чувственный бред сопровождается растерянностью, аффектом страха, тревоги. При нарастании остроты состояния бредовые идеи становятся все более бессвязными, отрывочными и фантастическими.

Синдромы чувственного бреда, расположенные по нарастающей: острый параноид → синдром инсценировки → антагонистический бред → острая парафрения.

2) по содержанию (классификация Гризингера): персекуторный, экспансивный и депрессивный.

Содержанием **персекуторных бредовых идей** является уверенность больных с исходящей извне угрозе престижу, материальному, физическому благополучию и жизни, возникающая на фоне тревоги, страхов, аффективного напряжения.

Типичные виды персекуторного бреда:

Бред преследования (больные убеждены, что являются объектом постоянного наблюдения, слежки, ведущихся с враждебными, реже — благожелательными целями неизвестными лицами, организациями или людьми из непосредственного окружения. В начальной фазе бреда больные пытаются скрыться от преследователей («мигрирующие преследуемые») — избегают контактов, меняют место жительства, уезжают в глухие, отдаленные районы, поселяются в безлюдных местах, пытаются изменить внешность, документы. Спустя некоторое время они могут переходить к активным оборонительным действиям, начиная в свою очередь преследовать мнимых врагов («преследуемые преследователи»). С этого момента они становятся опасными для окружающих.

Бред физического и/или психического воздействия (убеждение в том, что преследователи, используя технические средства, гипноз либо «особую аппаратуру, нарушают деятельность внутренних органов, расстраивают жизненно важные функции организма)

Бред ущерба/отношений — преобладают темы ущерба (чаще морального), притеснения в правах, мелкого преследования, отравления.

Бред ревности - убеждение в том, что жена (любовница) больного или муж (любовник) больной изменяли в прошлом или изменяют в настоящее время.

Бред инсценировки – убеждение больного в том, что вокруг «разыгрывается некий спектакль, и все переодеты, «исполняют чьи-либо роли» специально для него. Происходит это по заранее составленному сценарию, как в театре или при съемке кинофильма, запрограммированное, спланированное с определенной целью.

Содержанием **экспансивных бредовых идей** является переоценка своих возможностей, общественного положения, происхождения, здоровья, внешних данных. Наблюдается несколько приподнятый фон настроения. Может быть повышена активность, как общая, так и связанная с реализацией бредовых идей.

Виды экспансивного бреда: бред величия (убеждение в обладании огромной властью, распространяющейся на всю страну, планету и даже Вселенную) и могущества (убеждение больных в том, что природные и общественные процессы протекают по их воле, их возможности воздействовать на окружающее неограничены, беспредельны). Также существуют такие его разновидности, как бред богатства, бессмертия, изобретательства, высокого происхождения, реформаторства, мессианский бред.

Содержанием **депрессивных бредовых идей** является пониженная оценка своих возможностей, состояния здоровья, общественного положения, внешности. Бред возникает на фоне подавленного настроения.

Виды депрессивного бреда:

Бред самоуничтожения/самообвинения/греховности — убеждение в собственной безнравственности, своей никчемности, бездарности, глупости, полной непригодности к какой-либо полезной деятельности, неспособности заслужить у окружающих ответное чувство благодарности и уважения, обвиняют себя в совершении различных неблагоприятных поступков, преступлений, нарушениях заповедей и выражают готовность понести за это справедливое наказание.

Ипохондрический бред — больные убеждены, что страдают тяжелым, неизлечимым или постыдным заболеванием — «бред болезни». Факт психического расстройства при этом не осознается. Некоторые пациенты пытаются даже доказывать, что как раз с психикой у них «все в порядке».

Нигилистический бред — уверенность в отсутствии внутренних органов, выпадении важных физиологических функций, в собственной смерти, гибели окружающих, разрушении природных и социальных структур, в воцарении первородного хаоса во всем мире.

3) по размеру: малого размаха и мегаломанический (грандиозные идеи с фантастическими высказываниями)

4) особые виды бреда:

- индуцированный: возникает при общении с близкородственным душевнобольным индуктором, его возникновению способствует слабоумие, инфантильность, истероидность.

- конформный: схожие фабулы бреда наблюдаются у двух проживающих вместе психически больных (чаще всего являющихся родственниками).

- резидуальный: частичное сохранение бредовых убеждений после выведения из острого состояния.

4. Бредовые синдромы

Выделяют следующие бредовые синдромы: паранойяльный, параноидный (галлюцинационно-параноидный) и парафренный (парафрения, фантазиофрения, фантастически-параноидный синдром).

Паранойяльный синдром — первичный систематизированный бред толкования различного содержания (ревности, изобретательства, преследования, реформаторства и др.), нередко существующий как моносиндром при полном отсутствии других продуктивных расстройств. Характерны паралогическая структура мышления («кривое мышление»), бредовая детализация. Способность к правильным суждениям и умозаключениям по вопросам, не затрагивающим бредовые убеждения, заметно не нарушается. При изложении бреда типична обстоятельность, связанная с обилием доказательств, так называемая бредовая обстоятельность.

Параноидный или галлюцинаторно-параноидный синдром — сочетание бредовых идей преследования с вербальными галлюцинациями и псевдогаллюцинациями, проявлениями синдрома Кандинского — Клерамбо, аффективными нарушениями. В одних случаях преобладает бред, в других — сенсорные расстройства (галлюцинации и т.д.). В остром варианте проявляется острым чувственным бредом персекуторного содержания (преследования), возникающим на фоне страха, растерянности и сочетающимся с псевдогаллюцинациями, другими явлениями психического автоматизма. Чаще встречается в структуре приступов шубообразной шизофрении, при атипичных алкогольных психозах.

Синдром Кандинского — Клерамбо (синдром психического автоматизма) представляет собой хронический вариант параноидного синдрома и характеризуется сочетанием бредовых идей, в первую очередь идей преследования, с идеями психического и физического воздействия, а также отчуждения мыслей, чувств и поступков. Это сложное психопатологическое образование, в котором различают три группы расстройств.

Ассоциативный (идеаторный) автоматизм развивается обычно первым. Характеризуется нарушением мыслительной деятельности, протекающим с переживанием отчуждения и насильственности. Его начальное проявление — это, как правило, ментизм (непроизвольно возникающий, неуправляемый, быстрый и безостановочный поток мыслей или мысленных представлений). Помимо наплывов мыслей отмечаются блокада мыслительной деятельности, переживания вкладывания, чтения мыслей, насильственного разматывания воспоминаний, псевдогаллюцинаторные псевдовоспоминания, явления образного ментизма и чувство овладения (ощущение, что субъект не принадлежит самому себе, что им владеет посторонняя сила).

Сенестопатический (сенсорный) автоматизм — разнообразные по восприятию (нередко в форме боли) и локализации ощущения с характером сделанности. К нему относятся обонятельные, вкусовые, тактильные и эндосоматические ощущения.

Двигательный (моторный) автоматизм — совершение вопреки желанию различных движений и поступков, в том числе феномены насильственного говорения — движений языка и высказываний вслух, ощущаемых как насильственные (речедвигательный автоматизм).

Этот насильственный характер психической деятельности при синдроме Кандинского — Клерамбо может сопровождаться бредовыми идеями воздействия (гипнозом, черной и белой магией, биополями, особыми лучами).

Парафренный синдром — сочетание фантастических по содержанию бредовых идей, психических автоматизмов, псевдогаллюцинаций и экспансивных конфабуляций. Характерен образный мегаломанический бред грандиозного содержания, неправдоподобно нелепого и полностью оторванного от реальности (могущества, величия, богатства и др.), с экспансивным конфабулезом, бредовой деперсонализацией и зачастую несколько повышенным настроением. Например, больной считает себя властелином вселенной, способным преобразовать мир, основать новые государства, религии, культуры, его преследуют воздействием из галактического пространства.

5. Дифференциальная диагностика

Различные формы бредовых идей отличаются от так называемых сверхценных идей и бредоподобных фантазий.

Бредоподобные фантазии носят преходящий характер, встречаются у психопатических личностей. Они нередко носят фантастический характер, иногда зависят от настроения и не сопровождаются столь выраженным изменением личности, которое наблюдается при развитии истинных бредовых идей. Так же разнообразны, как бредовые идеи, но отличаются от них отсутствием стойкой убежденности в своей правоте.

Сверхценные (доминирующие) идеи — идеи, возникающие в связи с реальной ситуацией, но в дальнейшем занимающие не соответствующее их действительному значению доминирующее положение в сознании больного, сопровождающиеся значительным эмоциональным напряжением и отсутствием критического отношения к ним. Это убеждения, господствующие в представлениях человека вследствие своей эмоциональной насыщенности. Сверхценные идеи не возникают на основе грубых изменений психики. Они могут сочетаться с повышенным аффектом. В случаях наличия их на фоне пониженного аффекта они носят депрессивный характер. Их отличия от бреда состоят в том, что они носят под собой реальные обоснования при сохраненном сознании и возможности склониться к реалистичной оценке.

6. Лечение

Наличие бредового синдрома в психическом состоянии больных свидетельствует о развернутой стадии психического заболевания и чаще всего служит показанием к госпитализации.

Если бред развился вследствие ухудшения соматической патологии, инфекции либо интоксикации, лечение главным образом должно быть направлено на устранение основного заболевания.

При лечении бредовых синдромов наиболее эффективны психотропные средства; их применяют как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Выбор определяется, в первую очередь остротой состояния и структурой синдрома, а также степенью выраженности и полярностью аффективных расстройств (депрессия, мания), характером негативных изменений, индивидуальной чувствительностью больного к психотропным препаратам.

Основными психотропными средствами являются нейролептики. При лечении острых бредовых синдромов (острый паранойяльный, параноидный и парафренный синдромы) показаны нейролептики широкого спектра действия (аминазин, лепонекс), которые способствуют быстрой редукции явлений психомоторного возбуждения, тревоги, снижают напряженность бредового аффекта. Однако при наличии интерпретативного бреда, обнаруживающего тенденцию к систематизации, а также стойких галлюцинаторных расстройств и явлений психического автоматизма целесообразно сочетанное применение аминазина (или лепонекса) с обладающими определенной избирательной активностью по отношению к бредовым и галлюцинаторным расстройствам пиперазиновыми производными (трифтазин) и бутирофенонами (галоперидол, триседил).

Наличие в структуре бредовых синдромов значительных аффективных (депрессивных) расстройств является показанием к комбинированному применению нейролептиков и антидепрессантов (амитриптилина, гедифена, пиразидола).

При хронических бредовых и галлюцинаторно-параноидных состояниях длительно используют такие нейролептики, как галоперидол, триседил, трифтазин. В активном периоде болезни их назначают в больших дозах и по возможности парентерально.

При стойких явлениях психического автоматизма и вербального галлюциноза эффект достигается иногда при сочетании действия психотропных средств: комбинация пиперидиновых производных (неулептил, сонапакс) с галоперидолом, триседилом, лепонексом и другими нейролептиками.

Амбулаторное лечение проводится при значительной редукции психопатологических расстройств (часть из которых может рассматриваться в рамках резидуальной бреда) после завершения в условиях стационара.

7. Заключение

Бред является серьезным психическим нарушением - больные, находящиеся в бредовом состоянии, представляют угрозу для окружающих, потому что могут совершить тяжкие общественно опасные действия, а также причинить вред себе. При совершении правонарушения больные в связи с невозможностью понимать значение своих действий и руководить ими признаются невменяемыми.

Прогноз во многом определяется природой и закономерностями развития заболевания, в рамках которого возник бредовый синдром. Острые бредовые состояния без тенденции к систематизации, чаще всего подвержены обратному развитию. При полном исчезновении бредовых идей и появлении критики к перенесенному состоянию клинический и социальный прогноз благоприятен.

Хронический паранойяльный синдром отличает стойкость бредовых построений. Вместе с тем прогноз относительно благоприятен в связи с медленным усложнением симптоматики. В ряде случаев при монотематическом, ограниченном бреде (бред ревности, изобретательства) психопатологические проявления на протяжении многих лет существенно не влияют на поведение больных или профессиональные навыки.

При смене паранойяльного синдрома галлюцинаторно-параноидным, а затем парафренным, что наблюдается чаще всего при шизофрении, прогноз неблагоприятен, т.к. заболевание в ряде случаев завершается полным распадом личности.

8. Список литературы

1. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. Психиатрия. Национальное руководство под ред. Ю.А., Н.Г. Незнанова, 2020 год.
2. Жмуров В.А. Общая психопатология — Иркутск: Издательство Иркутского университета, 1986. - 280 с.
3. Клиническая психиатрия. – Москва: Гостехиздат, 2018 год
3. Маклаков А.Г. Общая психология. Учебник для вузов. Питер, 2018 год.
4. Менделевич В.Д. Психиатрия: учебник/ В.Д. Менделевич, Е.Г. Менделевич - Ростов н/Д: Феникс, 2018 год.
5. Тюльпин Ю.Г., Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А. «Психиатрия и медицинская психология» М., 2016 год.

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____
(наименование кафедры)

Рецензия _____ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А.
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора _____ года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
_____ Трифонова В.В.
(ФИО ординатора)

Тема реферата _____ Патология суздений и мышления
бред, бредовые идеи и синдромы

основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5

Дата: «29» _____ 2020 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Трифорова В.В.